



# EL PROCESO DE DUELO

(Dr. Roger Soto Calpe)

La pérdida está asociada a la vida, la evolución, la maduración y el crecimiento. Sin pérdida no hay avance y desarrollo. Toda pérdida lleva inevitablemente unida una percepción de dolor por la desaparición de lo que perdemos. El intento de evitar esa percepción dolorosa nos lleva a intentar sustituir lo perdido o a negar que se ha ido, impidiéndonos avanzar hacia lo desconocido, hacia nuestro crecimiento y maduración como seres únicos entre otros seres únicos.

Los cambios vitales estresantes, se asocian a una mayor vulnerabilidad para la enfermedad. En este sentido, múltiples estudios epidemiológicos (Engel, Green, Schmale..) encuentran en un alto porcentaje (hasta un 80%) de los ingresos hospitalarios por cualquier causa un antecedente de pérdida reciente, sobre todo cuando van asociadas a sentimientos de desesperanza, privación, abandono, inutilidad y fracaso. Por otro lado, las redes de apoyo social y los sentimientos de coherencia interna y en el tiempo, actúan como protectores y mantenedores de la salud, tras las pérdidas.

El duelo es la reacción de adaptación a la pérdida de una situación o un ser querido. Es un proceso que se prolonga en el tiempo (hasta dos o tres años) y que tiene como objetivo la adaptación del individuo a una realidad sin la presencia de la persona querida pero con su recuerdo sereno y agradecido por lo compartido. La mayoría de las personas atraviesan las fases de este proceso, por sí solas y con sus redes de apoyo familiar y social, sin precisar de la asistencia profesional de sanitarios o psicólogos. Una tercera parte, consultan por síntomas de diversa índole, y un 10 % presentan un duelo complicado, que precisa intervención especializada.

Globalmente, las personas en duelo tienen un incremento global de visitas a su médico del 80%, un incremento del 25 % de ingresos hospitalarios, y un 96% de consultas a Urgencias.

**Niveles asistenciales:**

De acuerdo con la bibliografía consultada podríamos hablar de diferentes niveles de atención,

- a) el acompañamiento( nivel 1) llevado a cabo principalmente por voluntarios entrenados para ello ,
- b) el asesoramiento o counselling (nivel 2) efectuado por profesionales sanitarios (médicos, psicólogos, enfermeras, trabajo social)
- c) la intervención especializada(nivel3) en duelo dirigida a dolientes de "alto riesgo", duelo complicado, trastornos relacionados con el duelo, realizada por personal sanitario especializado (psicólogos y psiquiatras)(3).

Para el MF es importante:

1. Identificar las personas con antecedentes de muertes en su familia
2. Identificar las fases de este proceso, con el fin de comprobar su seguimiento y no interferir en el mismo o, en su caso tener un papel de facilitador .
3. Detectar factores de riesgo para la aparición de duelos complicados.

**1.IDENTIFICACION DE PERDIDAS.**

Las personas con un duelo complicado, no suelen acudir a su médico por el duelo en sí, sino por problemas de salud secundarios al mismo, y que no suelen relacionar con él.

Teniendo en cuenta que la muerte de una persona provoca como media a seis dolientes por su pérdida, y que la tasa de mortalidad en Murcia es del 7,5 por mil, estaríamos hablando de una incidencia de duelos complicados de 4,5 por mil al año. Un médico de familia, con unas mil ochocientas tarjetas sanitarias en su cupo, tendrá cada año de 6 a 8 casos nuevos de duelos complicados. El número total de personas que acuden al médico y que mantienen duelos estancados y no resueltos es mucho mayor.

La situación de duelo, provoca un conjunto de reacciones en la persona globalmente, a nivel físico, intelectual, emocional, espiritual y conductual:

## **Manifestaciones normales del duelo en adultos**

### **COGNITIVAS**

- Incredulidad/irrealidad
- Confusión
- Alucinaciones visuales y/o auditivas fugaces y breves
- Dificultades de atención, concentración y memoria
- Preocupación, rumiaciones, pensamientos e imágenes recurrentes
- Obsesión por recuperar la pérdida o evitar recuerdos
- Distorsiones cognitivas

### **AFECTIVAS**

- Impotencia/indefensión
- Insensibilidad
- Anhelo
- Tristeza, apatía, abatimiento, angustia
- Ira, frustración y enfado
- Culpa y auto reproche
- Soledad, abandono, emancipación y/o alivio
- Extrañeza con respecto a sí mismo o ante el mundo habitual

### **FISIOLÓGICAS**

- Aumento de la morbimortalidad
- Vacío en el estómago y/o boca seca
- Opresión tórax/garganta, falta de aire y/o palpitaciones
- Dolor de cabeza
- Falta de energía/debilidad
- Alteraciones del sueño y/o la alimentación

### **CONDUCTUALES**

- Conducta distraída
- Aislamiento social
- Llorar y/o suspirar
- Llevar o atesorar objetos
- Visitar lugares que frecuentaba el fallecido
- Llamar y/o hablar del difunto o con él
- Hiper-hipo actividad
- Descontrol u olvidos en las actividades de la vida diaria

### **ESPIRITUALES**

- Desencanto espiritual
- Aumento de la religiosidad
- Ataque a Dios
- Comunicación íntima con el fallecido

Por tanto, ante la aparición en consulta de personas con múltiple morbimortalidad o molestias mal definidas de forma crónica, es importante detectar si en sus antecedentes figura alguna muerte (entrevista, genograma) y valorar el grado de resolución del mismo.

¿Como reconocer si un duelo se ha resuelto?

La persona en proceso de duelo necesita sentir y manifestar el dolor por la pérdida, para elaborar su realidad. Sabemos que el duelo ha terminado, cuando puede hablar del difunto y recordarlo, sin que afloren sentimientos de tristeza, dolor o rabia. El único sentimiento que nos indica una elaboración saludable del duelo es el de “agradecido recuerdo” (Odriozola).

Los mecanismos de defensa son respuestas orientadas a evitar sentir el dolor y actuar “como si” estuviera superado o cuanto menos aparcado. Salvo en los primeros momentos en que actúan como protectores de la integridad del mundo personal, si persisten impiden avanzar en el proceso. Los más comunes son, la Negación (sentir o actuar como si el difunto siguiera aquí) la Racionalización (encontrar razones para separarse del dolor: “es ley de vida” “todos tenemos que morir”, “la vida continúa” “ no podemos quedarnos anclados en el pasado”..)y la Transformación en contrario (exageración hipomaniáca del acontecimiento vivenciándolo casi como una gran suerte)

## **2. VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL DUELO NO COMPLICADO**

### **Necesidades fundamentales de la persona en duelo**

#### **Emocionales (sobre el dolor):**

- Ser escuchadas con empatía.
- Ser creídas y entendidas.
- Sentir que su dolor tiene impacto en el otro.
- Tener permiso para expresar sus sentimientos libremente.
- No ser juzgadas ni en la intensidad de sus sentimientos, la manera de expresarlos, ni el tiempo de duración del duelo.
- Estar aislados o acompañados según sea su deseo

**Fisiológicas (sobre la herida)**

- Tener tiempo y medios para cuidar el cuerpo físico
- Realizar actividades de descanso o de activación según se desee

**Cognitivas (sobre la realidad):**

- Pasar tiempo con el fallecido si lo desean
- Visitar el lugar de los hechos
- Recibir información detallada sobre lo sucedido

**Sociales (sobre el apoyo):**

- Vivir rituales comunitarios (funerales o otros) conmemorativos y significativos de la pérdida.
- Recibir apoyo continuado en todo el proceso

**Espirituales (sobre el sentido):**

- Encontrar un significado a la pérdida
- Reconstruir valores espirituales o religiosos adaptativos.

**Factores que afectan el proceso de duelo.**

- Variables de personalidad
- Tipo de pérdida (esperada, repentina..)
- extensión y calidad del apoyo social
- Circunstancias de la muerte (duelos desautorizados)
- Calidad de la relación pérdida
- Complejidad de la situación de duelo: pérdidas secundarias
- Experiencias previas de pérdidas
- Factores étnicos y culturales
- Género

- Creencias religiosas y espirituales

### **.Duelos desautorizados**

Llamamos duelo desautorizado al que experimenta la persona que vive una pérdida que no puede ser abiertamente reconocida, públicamente expresada ni socialmente apoyada.

- la relación no es reconocida:  
exparejas, amantes, relaciones homosexuales, amistad, pacientes
- la pérdida no es reconocida:  
Aborto muerte perinatal, esterilidad, paro, enfermedad mental, cuidadores, abusos
- la persona en duelo no es reconocida:  
Niños, personas mayores, enfermos mentales o disminuidos
- el tipo de muerte es censurado:  
sida, suicidio, homicidio, sobredosis

### Problemas en duelos desautorizados

- emociones difíciles: inadecuación y vergüenza
- falta de apoyo social
- falta de rituales apropiados
- aspectos éticos, y legales

La Intervención terapéutica debe ir dirigida a la legitimación, validar la relación, validar el sentido del yo, proponer rituales alternativos con apoyo comunitario, etc.

### **Tipo de pérdida, según las expectativas previas: (Odrizola)**

**A. La pérdida esperada:** fallecimientos de personas que padeciendo alguna enfermedad crónica o cíclica, no alteraban de forma importante la vida cotidiana de los que le rodeaban. Se trata de ancianos o enfermos crónicos pero sin secuelas importantes que hayan requerido cuidados especiales., pero que dejan a toda la familia alerta y en la creencia de que en cualquier momento ocurrirá lo definitivo. Los familiares han tenido tiempo para ir “saneando” su relación y preparándose.

**B. La pérdida “deseada”:** el entrecorrido quiere poner de manifiesto el carácter ambivalente del deseo. Se trata de familiares de enfermos fallecidos tras larga y penosa convalecencia. (procesos interminables de cancer, enfermedades degenerativas, procesos terminales de enfermedades inmunológicas, demencias, etc) Todo este sufrimiento llega a crear un estado de perturbación ambiental tal que muchos de ellos desean en silencio que todo termine ya , cuanto antes “porque la situación es insostenible”. Este tipo de deseos suele hacer aflorar posteriormente sentimientos de culpa.

**C. La pérdida repentina:** fallecimientos ocurridos de forma inesperada, “a destiempo”, que son vividos por sus allegados como “una cruel manifestación de la vida” y que van a traer como consecuencia una sensación de vacío, de falta de despedida. (enfermedades de curso muy rápido, muertes súbitas, accidentes, suicidios, ). Al no tener tiempo para ser “saneados”, este tipo de duelo puede traer asociado un enquistamiento y sentimientos de culpa por lo que se hizo y no se reparó o por lo que no se hizo, o dijo en su momento y se hubiera podido o querido hacer.

Por tanto, como médicos de familia, podemos observar la evolución del duelo y encontrarnos con varias posibilidades:

1. El doliente tenía una relación fluida, sana, rica en comunicación, madura. En este caso, después de un tiempo que puede llegar a los dos o tres años, de rabia y tristeza profundas por la frustración de la pérdida del ser querido, comenzará a ser cada día más consistente el sentimiento de agradecido recuerdo.
2. Relación de temor con sentimiento de culpa que imposibilita la elaboración del duelo, originando trastornos en la línea de la depresión crónica, con pérdida de energía disponibilidad y vitalismo.
3. Individuo que se protege en mecanismos de defensa (negación, racionalización, ) y no sólo no elabora el duelo sino que impide que los demás lo hagan. El trabajo en este caso es intentar ir conectándolo con sus sentimientos.
4. Relación de desamor con sentimientos de culpa proyectados en forma de rencor.

Sólo en el primer caso consideraremos resuelto el duelo. En los otros tres se precisará de intervenciones terapéuticas para hacerlo.

## ACOMPañAMIENTO EN EL PROCESO

Lo primero en el acompañamiento al proceso de duelo, es la necesidad de establecer una **relación terapéutica de confianza y seguridad**. Este espacio es imprescindible e implica:

- Normas estrictas de confidencialidad.
- No tener prisa en el proceso:
  - ¿ Aún estás así?*
- Escucha activa: En ella se emarcan las técnicas de *counselling*, basadas en una serie de normas en un espacio seguro y de confidencialidad:
  - Escucha atenta, sin interrumpir.
  - Aceptación incondicional de la persona, sin decirle lo que debería hacer
  - Creer lo que cuenta, sin cuestionarlo: *¿y no crees que esto son imaginaciones tuyas?*
  - No juzgar sus pensamientos
  - Ni la intensidad de sus sentimientos:
    - No deberías llorar tanto ya*
  - No preguntar por qué se siente así o actúa...
  - Evitar dar consejos (deberías... lo que tienes que hacer es ..)
  - No revictimizar
    - Yo creo que la verdad es que no quieres salir de ahí y estás distorsionando el grupo, la terapia*
  - No hacer interpretaciones
  - No tomar la responsabilidad por los sentimientos, pensamientos o acciones del otro (evitar la “necesidad de hacer algo”)
  - No dar por supuesta la incapacidad del otro para hacer algo
  - No hacer lo que no nos piden que hagamos (“No salvar”)
  - No dar por supuesto lo que el otro necesita. (preguntar antes o pedir permiso )

Este espacio de seguridad y acompañamiento que necesita la persona para la elaboración de su proceso de duelo puede encontrarlo en su médico de Atención Primaria, sus familiares u otras redes de apoyo (Grupos de autoayuda o de soporte emocional) a las que se puede derivar desde la consulta.



## FASES DEL PROCESO DE DUELO

Un duelo se complica cuando, teniendo en cuenta el tiempo desde la muerte del ser querido y las variables que afectan el duelo, se produce una detención en alguna de las fases del proceso. Esta detención se manifiesta con respuestas de afrontamientos, que en un proceso normal serían adaptativos y aquí se instalan de forma rígida, intensa y distorsionada pero manteniendo una función psicológica específica según las necesidades relacionales no satisfechas del doliente.

La intervención terapéutica tanto en duelo normal como en duelo complicado debe ser guiada en base a la secuencia temporal establecida del proceso. Una estrategia de intervención puede ser muy efectiva en un momento del duelo y un fracaso terapéutico en otra fase.

Existen distintos modelos de estructuración del duelo. El más clásico y conocido es el de E. Kübler Ross (Pionera en el estudio de los cuidados al final de la vida) que distingue 5 fases: Negación, rabia, pacto, depresión, aceptación. Posteriormente otros autores han hecho otras clasificaciones, (Parkes, Bolwby, Sanders..) nombrando los aspectos del proceso que más destacaban. En rasgos generales, independientemente del nombre que le demos, lo que ocurre en el proceso es: 1 Un primer momento en el que la noticia de la muerte o su proximidad es incomprensible. 2. Una fase en que, una vez la noticia como tal es interiorizada, rechazamos su contenido o lo negamos para no sentir dolor. 3 Tarde o temprano el dolor llega, vivimos y sufrimos la ausencia, 4. Hasta que, finalmente, reconstruimos nuestro mundo sin la presencia de la persona perdida, pero manteniendo su coherencia y con la serenidad y el agradecimiento por lo que nos ha aportado.

Vamos a repasar en cada fase, siguiendo a Payás (2005) los hechos, funciones y posibles intervenciones, así como lo que sucede si el proceso se estanca en una de ellas.

### **(1) Fase de aturdimiento o de choque. (shock)**

Este estado parece tener una función anestésica. Permite que las personas puedan responder a las demandas de la situación, toma de decisiones, atender a la familia extensa, preparar el funeral etc.

- Es una fase corta en el tiempo, suele durar unas horas, unos días o a lo sumo alguna semana.

## **Intervención terapéutica**

- La disponibilidad para la relación terapéutica es baja. NO entienden las preguntas....No hay energía, el esfuerzo demasiado grande...
- Apoyo general de protección y seguridad: acompañar, sostener permitir cualquier expresión.
- Poca directividad: psicoterapia centrada en el cliente, indagación suave poco cognitiva y muy emocional, facilitar la descarga emocional
- Dar tiempo, dejar, no medicar.
- Permitir y facilitar la regresión y explosión emocional.
- Permitir y acompañar ver el cuerpo, el escenario o lugares relacionados con el suceso
- Acompañar las reexperiencias de trauma: Identificar los sentimientos de impotencia, horror, desvalidez reestablecer la conexión
- Intervención en crisis.

## **Detención de duelo Complicado**

La detención en esta fase da un duelo traumático con síntomas de PSSD y predominancia de mecanismos de ansiedad, disociación o de despersonalización

- Incapacidad de funcionamiento diario básico: pérdida de trabajo y de relaciones. Imposibilidad de afrontar otras pérdidas,,
- Depresión, ansiedad,
- Enfermedades físicas y somatizaciones

## **Los factores de riesgo que precipitan un duelo traumático en esta fase son**

- Cuando la muerte es súbita , traumática y no hay tiempo de preparación para la pérdida.
- Cuando hay violencia mutilación o destrucción del cuerpo o cuando el cuerpo no ha podido ser visto.
- Cuando el doliente tiene la percepción de que la muerte se podía haber prevenido o cuando ha sido ha sido fortuita.
- La personalidad previa de doliente con antecedentes de depresión, o trastornos ansiosos

- Pérdida de un niño o adolescente
- Pérdidas múltiples.
- sobremedicación

## **(2). Fase de rechazo y negación (Rabia)**

*¿Que te puede ayudar en este momento de tu proceso?*

*Solo una cosa: ¡ que me devuelvan a mi hijo!*

La función de esta fase es negar, reprimir y evitar aspectos relacionados con la realidad de la pérdida, en un intento de evitar afrontar las consecuencias de esta realidad es decir, el sufrimiento físico, psicológico o espiritual de la pérdida.

- Función adaptativa de parachoque, defensa del ego para protegerse del dolor, y a la vez dar tiempo de preparar de otros mecanismos de afrontamiento más adaptativos,
  - La energía mental y emocional está puesta en el pasado... hay muy poco o nada para el presente ni para el futuro.
  - No hablan de cómo era la persona fallecida, ni del vínculo, ni de las cosas que echan de menos. No los hacen presentes en el diálogo. No hay objeto interno, no pueden dialogar con él, no lo reconocen como parte interna
  - Solo hablan de lo mal que están ellos, y de la rabia o la culpa hacia los demás....
  - Hablan repetidamente u obsesivamente de las circunstancias de la muerte o bien.....
  - Se niegan a hablar de cualquier cosa que tenga que ver con ello.
  - Falta de concentración para el presente, trabajo, relaciones.
  - Rigidez corporal.

### **Respuestas de afrontamiento emocionales**

Estados emocionales asociados con el enfado y la culpa. Ambos mecanismos de evitación que permiten la no conexión con el dolor y la pérdida.

- Rabia proyectada hacia otro objeto, persona o hecho, o colectivo

- Culpabilización. Con proyección de la rabia: culpa proyectada a los demás, búsqueda de un responsable de los hechos. Defensa para no aceptar la realidad de la pérdida, ni la responsabilidad del proceso de duelo
- Sustitución. establecer relaciones sustitutivas en un intento de ocupar el espacio emocional perdido
- Conductas evitativas, susceptibles de convertirse en adicciones . Gasto de dinero, consumo de drogas, sexualización del dolor...
- Hiperactividad, dedicación excesiva al trabajo u a otra actividad.
- Pensamiento obsesivo: ideas obsesivas y fijaciones (ver anexo 2)

### **Respuestas de duelo Complicado**

- Duelo ausente
- Duelo pospuesto
- Duelo con enfado intenso
- Duelo con culpa intensa

Estas complicaciones de duelo suelen ir acompañadas de :

- Relaciones difíciles: aislamiento familia y amigos
- Dificultades de reorganizar la vida familiar y laboral
- Conductas adictivas
- Somatizaciones: insomnio, calambres dolores de espalda,
- Ansiedad muy alta.
- Ideas obsesivas de venganza, homicidas, suicidas o de deseo de morir.

### **Los factores de riesgo que precipitan un duelo complicado en esta fase son**

- todos los descritos para la fase de choque más..
- Las circunstancias particulares alrededor del momento de la muerte: como se dio la noticia, ver el cuerpo, aspectos jurídicos-legales, aspectos de desautorización

- Presión social hacia una medicación inapropiada
- La falta de apoyo familiar y social percibido por el doliente.

### **(3) Entrega al dolor (tristeza, depresión)**

*“Antes decía a la gente.. “a mi hijo me lo han matado”,  
ahora digo ..... “mi hijo ha muerto en un accidente de coche”*

Esta fase se caracteriza por la gradual aceptación de la realidad de la pérdida y de su significado. Hay más abandono al dolor, las respuestas de afrontamiento están orientadas a conectar con la realidad de la pérdida y el dolor. Los dolientes se responsabilizan más de su propio proceso, hablan de forma más responsable, reconocen su realidad subjetiva.

La función adaptativa de esta fase es:

- Mantener el vínculo vivo, mantener el contacto con lo perdido a través del dolor.
- Evitar dejar ir, perder, olvidar o soltar a la persona perdida.
- Reexperimentar la relación y revisarla: completar asuntos pendientes
- Extraer los frutos o lecciones de la relación y experiencia de vida con el fallecido

#### **Detención de Duelo Complicado.**

El duelo complicado en esta fase se caracteriza por una ambivalencia ante el deseo de recuperación

- Duelo crónico: problemas con cerrar el duelo
- Tristeza crónica: autocompasión, victimismo
- Si lo pasa bien lo niega...actitud de masoquismo

#### **Los factores de riesgo que causan detenciones en esta fase son**

- Todos los tipos de duelos desautorizados.
- Vínculos ambivalentes: relaciones conflictivas, experiencias de abuso y/o maltratos
- Vínculos fusionales: dependencia y co-dependencia

- Dolientes con antecedentes de depresión
- Dolientes con pérdidas no resueltas pasado: fracaso de los constructos de significado de vida, guiones de vida.

#### **(4) Integración y transformación (Aceptación Recuperación)**

*“Hoy, después de tantos años de la muerte de mi hija  
Solo puedo decir una cosa,*

*Que debo dar gracias a Dios por los 10 años que la tuve conmigo”*

Se trata de una etapa de transformación profunda. El doliente experimenta aún el dolor pero como una posibilidad de renovación personal. Hay una elección profunda por la vida. Aparece el deseo de vivir, con un compromiso en explorar el sentido de la vida sin el ser querido. Un trabajo de integrar la experiencia de pérdida de manera que pase a formar parte de la historia personal del pasado, y tenga sus implicaciones en el futuro de la persona en duelo.

La función de esta etapa es:

- Extraer los consecuencias de los frutos o lecciones de la relación y experiencia de vida con el fallecido
- Elaboración de los aspectos existenciales y espirituales:  
¿Qué es la vida?, ¿Qué es la muerte? ,¿Qué sentido tienen el sufrimiento?,¿Qué sentido tiene la pérdida de un ser querido?
- Buscar un nuevo sentido en la vida en la dirección de más conciencia, plenitud, compromiso con uno mismo , con la vida, y con los demás
- Experimentar la transformación: Nuevo sentido del self integrado. Nuevas identificaciones.
- Transformación de la escala de valores
- Dar un nuevo significado a la experiencia de pérdida.
- Transformación en agentes de cambio en la familia y en la comunidad.
- Apertura a una nueva relación con los demás y con uno mismo.

## **Concienciación personal**

### **Gestión de la contra-transferencia.**

El acompañamiento en un proceso de duelo es una tarea que nos hace contactar con nuestros propios sentimientos y cuestiones pendientes, por lo que el “cuidado del cuidador” (en este caso el médico) es muy importante. Algunas de las cuestiones a tener en cuenta:

- Concienciación personal sobre las propias pérdidas: ser consciente de las propia heridas.
- Concienciación personal sobre las propias creencias, sentimientos y actitudes frente a la muerte, las pérdidas y el duelo
- Capacidad de tolerancia de dolor y frustración
- Capacidad de manejo de las propias emociones.

## **3. PREDICTORES DE RIESGO DE DUELO COMPLICADO.**

### **ADULTOS**

#### **FACTORES RELACIONALES**

- Pérdida de hijo/a, pareja, padre o madre en edad temprana y/o hermano en la adolescencia
- Relación dependiente del superviviente respecto del fallecido. Adaptación complicada al cambio de rol.
- Relación conflictiva o ambivalente. Sentimientos encontrados de amor/odio no expresados.

#### **FACTORES CIRCUNSTANCIALES**

- Juventud del fallecido.
- Pérdida súbita, accidente, homicidio, suicidio, incierta y/o múltiple.
- Duración de la enfermedad y de la agonía.
- No recuperación del cadáver. Cadáver con aspecto dañado o deformado. Imposibilidad de ver el cuerpo.
- Recuerdo doloroso del proceso: relaciones inadecuadas con personal sanitario, dificultades diagnósticas, mal control de síntomas u otros.
- Muerte estigmatizada (SIDA, pareja homosexual o no aceptada socialmente)

#### **FACTORES PERSONALES**

- Ancianidad o juventud del superviviente
- Escasez de recursos para el manejo del estrés.
- Problemas de salud física y/o mental previos (ansiedad, depresión, intentos de suicidio, alcoholismo y trastorno de personalidad).

- Escasez de aficiones e intereses.
- Duelos anteriores no resueltos
- Reacciones de rabia, amargura y culpabilidad muy intensas.
- Valoración subjetiva de falta de recursos para hacer frente a la situación.

### **FACTORES SOCIALES**

- Ausencia de red de apoyo social/familiar o conflictos de relación con éstas.
- Recursos socio-económico escasos.
- Responsabilidad de hijos pequeños.
- Otros factores estresantes: conflictividad laboral, tipo de proyecto vital interrumpido, etc.

### **NIÑOS Y ADOLESCENTES**

- Ambiente inestable con falta de figura responsable de los cuidados.
- Aislamiento en el proceso de información o participación en el cuidado del fallecido.
- Dependencia con el progenitor superviviente y forma inadecuada de reaccionar éste ante la pérdida.
- Sentimientos de abandono o soledad.
- Existencia de segundas nupcias y relación negativa con la nueva figura.
- Pérdida de la madre para niñas menores de 11 años y del padre en varones adolescentes.
- Falta de consistencia en la disciplina impuesta al niño o adolescente.

Ante la combinación de algunas de estos factores de riesgo, y/o la falta de progresión en el proceso, derivaremos al paciente a servicios especializados.

Apuntes elaborados y recopilados por Roger Soto Calpe  
[www.institutosistemicoredes.com](http://www.institutosistemicoredes.com)

Bibliografía utilizada:

Kübbler-Ross. Sobre la muerte y los moribundos.

Odriozola, Carlos. El Proceso M.A.R. Tesina presentada a la Asociación Española de Terapia Gestalt. Mayo 1999. [www.Ciberpsique.net](http://www.Ciberpsique.net)

Payás, Alba. Intervención Terapéutica en Procesos de Pérdida desde un modelo integrativo. 2005

Lacasta Reverte MA. El duelo en cuidados paliativos. Guías Médicas. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. [www.secpal.com](http://www.secpal.com)